UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 23

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE EN DEUX TEMPS

(OU SUBTOTALE TOTALISÉE)

TECHNIQUE ET INDICATIONS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 Décembre 1936

PAR

Georges-Gaston VINCENT

Elève du Service de Santé de la Marine

né le 4 août 1912, à Pujaut (Gard)

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur ..... *Juges*

JEANNENEY, professeur ..... *Juges*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 23

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE EN DEUX TEMPS

(OU SUBTOTALE TOTALISÉE)

TECHNIQUE ET INDICATIONS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 Décembre 1936

PAR

Georges-Gaston VINCENT

Elève du Service de Santé de la Marine

né le 4 août 1912, à Pujaut (Gard)

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABBAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	I ORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE.	Clinique dentaire	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSE. DARGET.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FAURE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN BROUSTET DERVILLÉE.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	F. PAPIN	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Accouchements	RIVIERE.	Médecine légale	DERVILLÉE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Urologie	DARGET
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE	Bactériologie	MOUREAU
Pharmacie chimique	VITTE	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

Que cette thèse soit pour eux le témoignage de mon immense affection et de ma profonde gratitude.

A MA TANTE

A MA FIANCEE

Au Docteur André VINCENT

MÉDECIN-LIEUTENANT DES TROUPES MÉTROPOLITAINES
DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE ET DE MICROBIOLOGIE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Que mon frère aîné reçoive ici l'expression de ma grande affection et de ma reconnaissance pour l'exemple qu'il m'a donné.

A MON FRERE JEAN

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

Au Docteur J. VILLAR

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Avec obligeance et amabilité, il nous a guidé de son expérience dans cette tâche. Nous le prions d'accepter nos remerciements bien sincères et l'expression de notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en chef FERET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Professeur JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Maitre et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En le remerciant de la bienveillance qu'il nous a accordée, et du grand honneur qu'il nous a fait, en voulant bien accepter de présider notre thèse.

AVANT-PROPOS

Au début de cette thèse, qui vient clôturer nos études médicales, nous tenons à témoigner notre reconnaissance à ceux qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale.

Nous adressons nos remerciements respectueux à ceux qui furent nos maîtres, en particulier nos maîtres d'externat : à MM. les Professeurs Rocher et Loubat, qui nous initièrent aux premiers éléments de la chirurgie, à M. le Professeur Teulières, qui nous initia à la connaissance des maladies des yeux, à MM. les Professeurs Sabrazès, Carles et Creyx, auxquels nous sommes redevables de nos connaissances en pathologie interne et en thérapeutique, à MM. les Professeurs Jeanneney et Papin qui nous conduisirent dans l'étude de la gynécologie.

Mais nous tenons à témoigner tout particulièrement notre reconnaissance à M. le Professeur Guyot, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait si souvent profiter de son enseignement clinique.

Qu'il veuille bien nous permettre de l'en remercier et de lui adresser l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, de faire le panégyrique de l'hystérectomie subtotale totalisée et d'essayer de montrer sa supériorité sur les autres techniques opératoires des différents modes d'hystérectomie.

Nous avons simplement entrepris de démontrer l'importance de ce procédé et son utilité dans la pratique chirurgicale courante.

L'hystérectomie subtotale totalisée est, en effet, une technique de recours, de nécessité dans son origine et dans son essence même. Elle ne présente d'utilité absolue que dans les cas difficiles, mais, dans ces cas-là, elle s'impose et l'on n'a pas le choix ; elle est le seul procédé actuel permettant de pratiquer et de terminer de la meilleure façon possible, au mieux de l'intérêt de la malade, une opération qui se montre délicate, difficile et par cela même dangereuse, pleine d'embûches, de se tirer à bon compte d'une situation qui, au premier abord, paraît inextricable.

Il nous semble que ce procédé permet d'opérer, de pratiquer une opération impossible sans lui, et qui resterait incomplète.

En dehors de ces cas que nous appellerons d'obligation, cette technique trouvera aussi son emploi dans les surprises du diagnostic devant lesquelles se trouvent parfois les chirurgiens en train d'opérer.

Aussi, nous n'essaierons pas, dans ce travail, d'établir un parallèle entre elle et les hystérectomies subtotales ou totales. Nous nous bornerons simplement à décrire sa technique, suivant la méthode employée et à dire quelles sont ses indications.

RAPPEL DE L'ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA REGION

Avant d'exposer la technique de l'hystérectomie subtotale totalisée, nous allons faire un bref rappel anatomique de la région intéressée.

Nous n'insisterons pas sur l'anatomie de l'utérus et de ses ligaments, chapitre d'anatomie qui ne présente aucune controverse ; quant à sa vascularisation, nous savons que l'utérus est irrigué d'abord par l'artère utérine, branche de l'hypogastrique, qui donne des rameaux vésico-vaginaux, une branche cervico-vaginale au niveau du col, des branches hélicines au niveau du corps et au niveau du fond utérin un petit rameau artériel : l'artère du fond. Elle envoie aussi un rameau : l'artère tubaire interne qui irrigue le sinus de la trompe et s'anastomose avec la tubaire moyenne, branche de l'ovarienne ; enfin elle envoie dans l'épaisseur du ligament rond un petit rameau qui porte son nom.

La deuxième artère intéressant l'utérus et ses ligaments est l'artère ovarienne, branche de l'aorte abdominale qui, par ses rameaux : artères tubaires externe et moyenne, irrigue le ligament large. Ces artères s'anastomosent entre elles et donnent elles-mêmes de petits rameaux qui vont à la trompe et à son pavillon, enfin l'artère ovarienne émet plusieurs artérioles qui vont dans l'ovaire.

Les points délicats de cette région, et c'est sur ceux-là que nous voulons insister, sont :

L'insertion de la coupole vaginale sur le col utérin.

La vascularisation de ces deux organes.

I. *L'insertion de la coupole vaginale* sur le col de l'utérus se fait, non pas sur une ligne oblique en bas et en avant (opinion classique : Testut), mais selon une ligne circulaire rigoureusement perpendiculaire au col (Grégoire).

On sait, d'autre part, que la muqueuse du vagin est en continuité avec la muqueuse de la face externe du museau de Tanche, et qu'elle est, en somme, sa prolongation. En dehors de celle-ci, se trouve un plan conjonctivo-musculaire : « Ce tissu conjonctif devient moins vasculaire, en revanche plus dense, plus riche en faisceaux fibreux et élastiques dans la région supérieure du vagin. » (Rieffel.)

Ce plan histologique correspond à la zone conjonctive blanchâtre et exsangue que nous retrouverons plus loin.

II. *La vascularisation.* — On ne saurait mieux faire que de reproduire ici l'étude anatomique de Chevrier qui, dans un excellent travail, fait une mise au point de la vascularisation de la coupole vaginale :

« La circulation de la coupole vaginale est sous la dépendance exclusive d'une branche de l'artère utérine, dite cervico-vaginale par Farabeuf, et que Rieffel appelle branche inférieure de l'utérine. Cette branche naît de l'utérine immédiatement après le croisement de celle-ci par l'uretère ; par des flexuosités capricieuses, elle s'approche de la partie latérale de la coupole vaginale et se divise en de nombreux rameaux qui se dirigent, les uns en avant, les autres en arrière, et pénètrent les tissus à une distance plus ou moins grande des bords latéraux pour irriguer les faces antérieure et postérieure.

» Le rameau utérin (l'antérieur, par exemple), unique ou double, se subdivise en branchioles qui s'avancent assez loin sur la face antérieure du col, sans atteindre cependant la ligne médiane. Elles pénètrent dans le tissu utérin pour se distribuer à la portion intra-vaginale du col : la pénétration dans le tissu utérin se fait très légèrement au-dessus de l'insertion utérine du vagin. Presque toujours, les bran-

chioles utérines donnent deux petits ramuscules descendants qui irriguent l'insertion vaginale. L'existence de ces ramuscules permet de dire que, dans un certain nombre de cas, la zone d'insertion du vagin a une vascularisation utérine, et non pas vaginale.

» Les branches vaginales, plus nombreuses, n'atteignent pas le vagin au niveau de son insertion ; elles s'appliquent au vagin à un demi-centimètre environ au-dessous de son insertion et donnent deux ordres de rameaux : les uns, descendants, cheminent flexueux sur la paroi de l'organe et, abandonnant quelques ramuscules à la vessie, vont s'anastomoser plus bas avec les autres branches artérielles vaginales ; les autres, ascendants, montent en se ramifiant, de plus en plus grêles, vers l'insertion du vagin, qu'ils n'atteignent jamais à l'état de branches importantes. Sans doute, je ne prétends pas que les deux vascularisations utérine et vaginale n'entrent pas en contact par des branches très fines qui les anastomosent, mais ces branches sont d'un calibre si réduit que, chirurgicalement, elles ne comptent pas. » (Chevrier.)

TECHNIQUE OPERATOIRE

Lorsqu'au cours d'une intervention chirurgicale, le chirurgien aborde l'opération avec l'intention de faire une hystérectomie subtotale et que les nécessités du moment l'obligent à terminer l'hystérectomie subtotale en enlevant secondairement le col, ou bien, lorsque, partant pour une hystérectomie totale et gêné par des adhérences utérines, par un gros utérus fibromateux, par exemple, qui gêne le champ opératoire, il enlève d'abord le corps utérin et ensuite le col, on dit qu'il a fait une hystérectomie subtotale totalisée.

Les données anatomiques intéressant le champ opératoire ayant été précisées dans un précédent chapitre, il nous est loisible de décrire maintenant les différentes techniques actuelles de l'hystérectomie subtotale totalisée.

Plusieurs procédés s'offrent à notre choix :

Les procédés de Rochard, Dedet et Chevrier ;
Le procédé de Toupet ;
Le procédé de Labey, Fayot et Guiheneuc.

Les procédés de Rochard, Dedet et Chevrier ne seront pas exposés dans ce travail. En effet, ils diffèrent seulement du procédé de Labey, Fayot et Guiheneuc, en ce que les premiers auteurs placent deux pinces, l'une utérine, l'autre cervico-vaginale, la pose de ces deux pinces hémostatiques étant d'ailleurs couramment utilisée dans la totale d'emblée (Wiart, Gosset, Diamantberger).

Nous ne décrirons ici que les deux derniers procédés :

I. Méthode de Labey, Fayot et Guiheneuc.

Employée d'ailleurs depuis longtemps dans le service de M. le Professeur Bégouin.

Elle comprend deux temps essentiels :

L'hystérectomie subtotale ;

La totalisation.

A. *L'hystérectomie subtotale.* — Le premier temps n'offre aucun intérêt particulier : la ligature des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds s'effectue *ad libitum.*

Le décollement vésical n'a pas besoin d'être poussé aussi loin que dans l'hystérectomie totale d'emblée, et se fera comme pour toute subtotale.

De même, l'artère utérine sera pincée au niveau de l'isthme utérin, perpendiculairement à lui et l'on ne cherchera pas à la lier plus bas, comme il est d'usage de le faire dans la totale d'emblée. Le seul point à mettre en relief est la nécessité de conserver les fils de ligature utérine dont nous verrons l'emploi au temps suivant.

Aussitôt le col sectionné, la tranche en est soigneusement désinfectée à la teinture d'iode.

B. *Ablation du col ou totalisation.* — L'utérus étant enlevé sauf le col, on isole, par trois grandes compresses de gaze étalées, le moignon cervical et les pédicules utérins avec leurs fils, maintenus longs, de manière à ce que les pinces qui les étreignent soient en dehors de l'abdomen.

Une première compresse est placée dans le Douglas, s'étale sur l'anse recto-sigmoïde et sort de l'abdomen par la partie supérieure de l'incision pariétale.

Une deuxième est disposée à droite, en dehors du pédicule utérin, et s'étale sur le détroit supérieur sortant de l'abdomen au niveau de la lèvre droite de l'incision. Sur elle repose le fil qui lie le pédicule utérin droit.

La troisième compresse est placée à gauche, d'une façon symétrique à la deuxième.

Ces trois compresses ne laissent apparaître que le moignon cervical et les pédicules utérins avec leurs fils (fig. 1).

On saisit alors la lèvre antérieure du col, au niveau de sa section transversale, au moyen d'une pince de J.-L. Faure, l'un des mors étant dans le canal cervical, l'autre mors agrippant la face antérieure du moignon. Lorsque le col sera suffisamment libéré en avant et en arrière, cette pince de Faure sera remplacée par une pince de Museux qui saisira alors tout le moignon cervical et permettra une traction plus forte sans risque de dérapage.

La pince de Faure étant mise en place sur la lèvre antérieure du col, l'opérateur la tire vigoureusement en arrière et en haut ; puis, de la main droite armée d'une paire de longs ciseaux courbes dont la concavité est tournée en arrière vers la face antérieure du moignon cervical, il va chercher une sorte de plan de clivage entre le tissu utérin, blanchâtre et dur, et la zone vasculaire, rougeâtre, qui est au contact de la vessie.

Pour cela, avec les ciseaux courbes qui coupent un peu, mais qui refoulent surtout avec leur bec mousse fermé, on commence à décoller la vessie doublée de la couche vasculaire péricervicale, en avant, du col même, en arrière, en restant au contact même de la zone blanche.

Puis, se portant vers la droite, on va décoller le col, en restant toujours au contact de cette zone blanche, du pédicule vasculaire utéro-cervico-vaginal. L'aide, saisissant le fil qui étreint ce pédicule, le tire vers la droite, pendant que l'opérateur tire le col sur la gauche, de manière à les écarter l'un de l'autre et à former entre eux un sinus ouvert en haut (fig. 2).

Les ciseaux, dont la concavité regarde toujours le col, coupent et refoulent les tractus qui vont du pédicule utérin au col.

Il faut se garder d'aller trop en dehors pour ne pas tom-

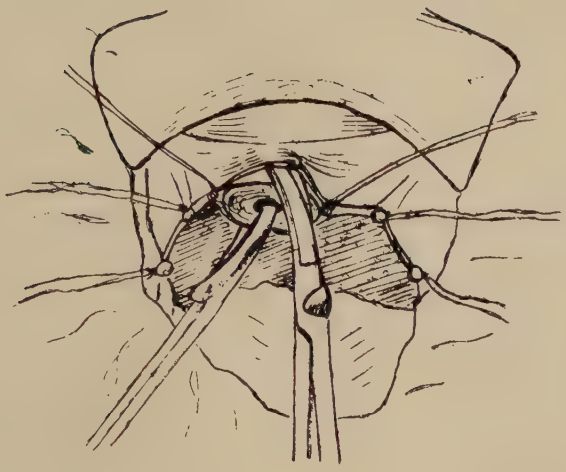

Fig 1. La Subtotale est terminée. - Le moignon cervical est saisi par une pince de Faure et attiré en haut, tandis que les ciseaux courbes détachent de la face antérieure du col, le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin et la vessie doublés de la couche vasculaire pericervicale (D'après Labey, Payot, Guibéneuc)

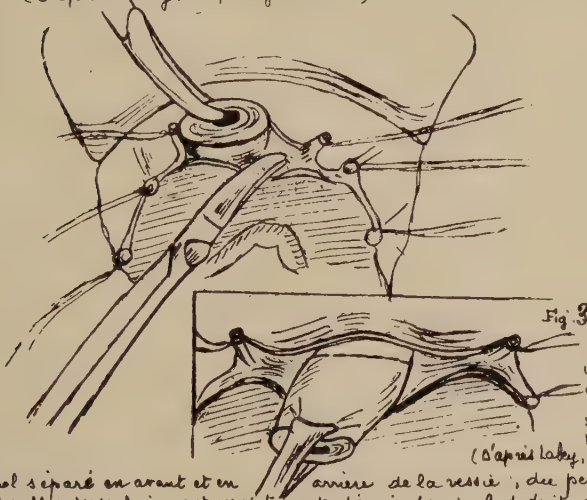

Fig 3. on voit le col rigoureusement tiré en haut par une pince de Museux et énucléé. La paroi latérale est la zône d'un sortir vaginale où va passer la section. (D'après Labey, Payot, Guibéneuc

Fig 2. Le col séparé en avant et en arrière de la vessie, des péritoine et de la double vasculaire - est maintenant séparé sur son bord droit de cette couche vasculaire jusqu'à ce qu'une traction exercée en dehors sur le pédicule utérin par le fil qui l'enserre (D'après Labey, Payot, Guibéneuc)

ber dans les branches vasculaires du pédicule, mais toujours garder le contact du tissu utérin, dur et blanc : mieux vaut, si les vaisseaux sont très près du bord du col, mordre sur celui-ci, et laisser, avec le pédicule vasculaire, un peu de tissu musculaire cervical.

A gauche, on répète la même manœuvre.

En arrière, le décollement se fait comme en avant, en rasant avec les ciseaux le tissu blanc du col : on respecte ainsi les ligaments utéro-sacrés, qui sont séparés du col avec le péritoine et, par conséquent, conservés, ce qui a son importance au point de vue de la statique pelvienne ultérieure.

En ayant bien soin de maintenir la concavité des ciseaux vers le moignon cervical, on ne risque, à aucun moment, de sectionner l'artère utérine au-dessous du point où elle a été liée pendant le premier temps de l'intervention.

Quant à l'uretère, on ne peut le léser : grâce à la traction soutenue sur le col, du côté opposé où l'on travaille, on reste constamment à distance de lui.

A ce moment, le col est libéré sur toute sa périphérie. La pince de Museux, qui a remplacé la pince de Faure, dès que l'on a pu le saisir dans sa totalité, permet une traction plus forte. L'opérateur exerce vigoureusement cette traction en poursuivant le refoulement et le décollement des tissus péricervicaux (fig. 3).

Il vient un moment où ce décollement arrive au vagin : on s'en aperçoit à ce que le plan résistant du col n'est plus perçu par le bec des ciseaux qui peuvent déprimer la paroi vaginale. Souvent même, du fait seul de la pression atmosphérique, on voit la dépression de cette paroi au-dessous de la saillie en barillet du moignon cervical.

Il ne reste plus qu'à ouvrir le cul-de-sac vaginal. La plupart du temps, nous l'ouvrons à droite, d'un coup des mêmes ciseaux courbes.

Une pince de Faure repère la tranche vaginale au niveau du cul-de-sac latéral droit. Une compresse de gaze est

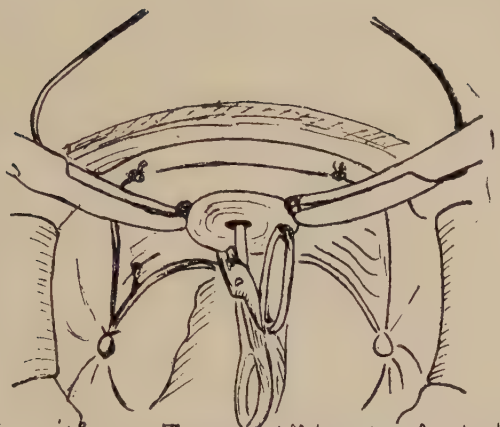

Fig. 4. méthode de Toupet - Ablation du col restant après la subtotale
Pente du col en arrière. (D'après Toupet.)

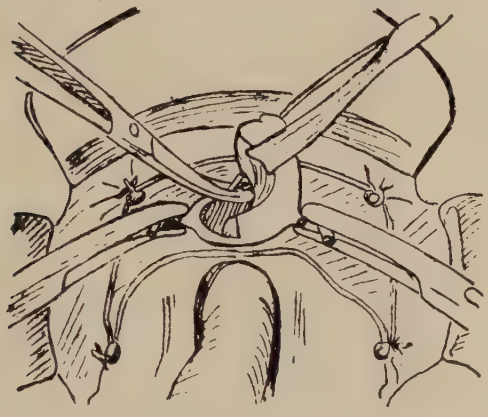

fig 5. le col est au 1/3 enlevé. (D'après Toupet.)

introduite dans le vagin et refoulée de haut en bas vers la vulve pour éviter, au cas où, par suite de la rachi-anesthésie que nous employons couramment et de l'incontinence sphinctérienne qui peut en résulter, il y aurait issue de matières fécales, la remontée de ces matières dans le vagin

Cette compresse est laissée dans la partie inférieure du vagin, d'où elle ne sera retirée, par la vulve, qu'une fois l'opération terminée.

Une autre compresse, iodée, désinfecte soigneusement le museau de tanche et la partie supérieure de la cavité vaginale.

On achève alors de libérer les attaches vaginales mi-partie par section au ras du col, mi-partie par arrachement en tirant sur ce col.

La plupart du temps, il n'y a aucune ligature à faire, les artères cervico-vaginales ne saignent pas. Seule, la tranche vaginale donne un léger suintement sanguin qui sera tari par le surjet vaginal.

Dans quelques cas cependant, surtout lorsqu'il existe des lésions inflammatoires du paramètre, une ou deux branches vasculaires des pédicules cervico-vaginaux donnent un petit jet nécessitant une ligature ; mais c'est rare.

Le vagin est alors fermé au catgut n° 1 par un surjet continu prenant les deux lèvres de la section. S'il y a indication à drainage, le vagin est laissé béant, un surjet réunissant comme d'habitude tranche vaginale et péritoine.

Lorsque le vagin est fermé, une aiguille de Reverdin transfixe la paroi vaginale suturée transversalement à l'union de son tiers externe droit et de son tiers moyen, et vient prendre l'un des chefs du fil, maintenu long, qui enserre le pédicule utérin ; ce fil est noué, ce qui amène le pédicule utérin au contact de la tranche vaginale.

La même manœuvre est répétée du côté opposé.

Ce détail de technique, dû à Walther et décrit dans la thèse d'Escudié, a pour but de solidariser la gaine hypogastrique avec le dôme vaginal, ce qui, après cicatrisation

et rétraction, maintient le dôme vaginal et s'oppose au prolapsus.

On sait, en effet, que la possibilité de prolapsus est un des griefs que l'on a fait à l'hystérectomie totale.

Ajoutons que la conservation des ligaments ultéro-sacrés dont nous avons déjà parlé, contribue, elle aussi, à éviter le prolapsus.

La péritonisation ne présente rien de particulier. Nous avons soin cependant, au niveau de la tranche vaginale, de prendre avec l'aiguille le péritoine doublé des fibres que l'on a séparées de la portion blanche du col, et de reprendre en deux ou trois points la tranche vaginale, de manière à supprimer tout espace mort entre la suture vaginale et la suture péritonéale. » (Labey, Fayot et Guihéneuc.)

Cette technique, aux dires mêmes de ces auteurs, dérive d'ailleurs de la technique exposée par Richelot, en 1897, pour l'hystérectomie totale d'emblée et qui consiste en une véritable énucléation du col de ses insertions vaginales, sans qu'il soit nécessaire de lier les artères cervico-vaginales.

En somme, l'essentiel de cette technique est qu'elle consiste en une véritable désinvagination du col utérin, facile et exsangue, sans qu'il soit besoin de placer une pince spéciale sur les artères cervico-vaginales, à condition de rester exactement à la limite de l'insertion de la paroi vaginale au col, et, de ce fait, la blessure de l'uretère est rendue impossible, car il reste toujours très éloigné de la zone de désinsertion du col et il ne risque nullement d'être sectionné ou coudé.

Enfin, l'hémostase de la tranche vaginale est simplifiée, puisque la désinsertion du col se fait suivant une zone exsangue où les artérioles cervico-vaginales sont si petites qu'elles n'exigent aucune ligature spéciale.

II. Méthode de Toupet.

Comme la méthode précédente, cette dernière comprend deux temps :

L'hystérectomie subtotale.
Sa totalisation.

A. *L'hystérectomie subtotale.* — Comme dans la technique précédente, elle ne diffère en rien des subtotales habituelles.

B. *La totalisation.*

1° Pincement des utérines et des cervico-vaginales en bonne place. Sous la pince, déjà mise pour faire la subtotale, on en pose une seconde et on enlève la première pince devenue inutile.

2° Fente du col en arrière. — D'un coup de ciseau, le col est fendu sur la ligne médiane jusqu'au Douglas. On repère alors la brèche vaginale et une mèche iodée est introduite dans le vagin (fig. 4).

3° Désinsertion du col. — Une des deux moitiés du col divisé est saisie entre les mors d'une pince de Museux, la main gauche tire alors fortement et on sectionne très facilement les insertions cervicales du vagin sous le contrôle de la vue. La vessie n'a pas besoin d'être décollée préalablement (fig. 5). Fermeture du sac vaginal ou drainage vaginal.

L'avantage, dans cette dernière méthode, est d'éviter le décollement préalable de la vessie.

Rappelons, en terminant, la technique du Dr J. Villar, exposée à la Société de chirurgie de Bordeaux en 1934. Cette technique consiste, après avoir décollé la vessie, uniquement sur la ligne médiane et avoir fait l'hémostase des deux artères utérines à peu près comme dans une sub-

totale, c'est-à-dire sans vouloir à tout prix pincer les cervico-vaginales, à ouvrir le vagin en bonne place pour en désinserrer le col ; pour ce faire, on place une pince érigne sur le vagin au milieu de la face antérieure, attirant ainsi à soi cette pince, on détermine un pli transversal, à la limite de l'insertion cervico-vaginale, qui donne le lieu exact et avasculaire où l'on doit ouvrir le vagin ; d'un coup de ciseaux transversal, on crée une brèche, tout de suite iodée, par où, à l'aide d'une pince de Museux, on extériorise le col en haut et en avant. Deux pinces de J.-L. Faure sont alors placées symétriquement prenant de chaque côté les utéro-sacrés et les deux commissures vaginales ; aux ciseaux, on achève alors la désinsertion vaginale au-dessus des deux pinces.

Il reste alors à faire l'hémostase par un fil transfixant les deux parois antérieure et postérieure du vagin et à lier au-dessous et en dehors des deux pinces commissurales ; on termine par un méchage vaginal, iodoformé, avec ou sans drain et par une péritonisation hermétique colo-vésicale à la Wiart.

Dans ces procédés, les suites opératoires sont celles des hystérectomies en général, les observations citées à la fin de ce travail ne relatent que deux cas qui se soient terminés par la mort. Celle-ci était due uniquement à la gravité de l'affection.

Si, parfois, le pronostic est plus grave dans les hystérectomies subtotales totalisées, que l'on veuille bien se rappeler que cette technique ne trouve son emploi que dans les cas difficiles et par là même graves. « La gravité du pronostic ne vient que de la gravité des cas dans lesquels elle est employée. » (J. Dedet.) Cependant, son pronostic est bon et Dedet, dans sa thèse, cite quinze cas sans décès.

Le fait, lorsque, par exemple, une suppuration intense l'exige, de mettre une mèche vaginale pour drainer, rend, évidemment, les soins post-opératoires plus délicats, cepen-

dant, dans la plupart des cas, la mèche est enlevée le cinquième jour, et tout rentre dans l'ordre ; d'ailleurs, la pose de cette mèche, après péritonisation soigneuse au-dessus, est à conseiller, elle évite bien des suppurations post-opératoires et ses suites sont bénignes.

LES INDICATIONS

La technique de l'hystérectomie subtotale totalisée est évidemment plus longue que celle de l'hystérectomie totale d'emblée ; elle est aussi plus septique, étant donné que l'on ouvre la cavité utérine et le vagin, au cours de l'opération. La difficulté de l'intervention est accrue, par le fait, que la préhension du col est chose plus difficile que celle de l'utérus tout entier, il se déchire quand on le tire trop fortement.

En somme, c'est une méthode peu enthousiasmante au premier abord, et moins élégante qu'une hystérectomie totale d'emblée, cependant elle est d'une utilité incontestable, pour ne pas dire indispensable dans un grand nombre de cas : à ce moment-là elle est la planche de salut sur laquelle on se réfugie, ce n'est pas une méthode que l'on choisit avant une intervention, mais plutôt une méthode que les circonstances du moment imposent.

Quelles sont ces circonstances, autrement dit les indications de l'hystérectomie subtotale totalisée ?

Tout d'abord, sachons que tous les cas faciles, banaux, ne dépendent pas d'elle, et sont le fait d'une subtotale ou d'une totale.

Nous allons, pour faciliter l'énoncé des indications de cette méthode, les classer en trois groupes :

Les indications pour raison anatomo-pathologique.
Les indications pour raison technique.
Les indications pour raison diagnostique.

I. Les indications pour raison anatomo-pathologique : La « décapitation utérine ».

Ce sont celles qui découlent des lésions anatomiques de l'utérus, ces lésions sont telles que l'utérus ne peut subir aucune traction sans risquer de se rompre, au point de moindre résistance, c'est-à-dire généralement l'isthme.

En effet, il arrive parfois au chirurgien, exerçant une traction sur un utérus pathologique, de provoquer une décapitation de celui-ci, il se trouve alors en présence de deux éléments, d'un côté le corps utérin, de l'autre le col restant.

Cet incident se produit dans plusieurs cas :

— Dans les pyométries, avec ramollissement extrême de l'utérus, comme le fait est relaté dans l'observation 12.

— Dans les gangrènes utérines post-obstétricales avec atteinte du col.

— Dans le cancer de l'isthme, qui crée au niveau de ce point de moindre résistance anatomique, une nouvelle cause de fragilité.

Toutes ces raisons sont pour le chirurgien une obligation absolue, si nous pouvons dire, de recourir à l'hystérectomie en deux temps.

II. Les indications pour raison technique.

Ici, nous avons plutôt affaire à des cas d'obligation relative, cette technique est choisie à regret, car le chirurgien est parti pour une hystérectomie totale d'emblée.

Ces faits se produisent :

— Lorsque, à l'occasion d'une mauvaise anesthésie, la malade pousse. Le champ opératoire est alors obstrué, le chirurgien y voit mal, surtout pour la désinsertion du col, il ne peut placer ses champs-barrière, il dégage son champ opératoire en enlevant le corps utérin : c'est le cas cité dans l'observation 10.

— Lorsqu'on a affaire à une malade très grasse, l'épaisseur du pannicule adipeux fait que l'on opère au fond d'un puits, sans sécurité.

— Dans la profondeur anormale du petit bassin.

Lorsqu'on se trouve en présence de grosses lésions susscervicales telles que : gros fibrome, gros pyosalpinx, gros kyste de l'ovaire, qui obstruent le passage vers le col, on se débarrasse alors de ces lésions par une subtotale, pour mieux y voir.

— « Dans les cas difficiles où les annexes sont remplies de pus et encombrent le petit bassin, où la vessie adhère à la paroi vaginale, où le cul-de-sac postérieur est à peine visible. » (Rochard.)

— Lors d'une hémostase, que les difficultés opératoires rendent mauvaise, il se produit alors une hémorragie en nappe, qui gêne la bonne visibilité du champ opératoire.

— Lorsque l'état des lésions et l'existence de pus obligent à un large drainage vaginal, « dans les collections pelviennes suppurées, l'hystérectomie par voie abdominale s'impose, elle sera totale pour permettre le drainage déclive, dans tous les cas où du pus se sera écoulé dans le petit bassin ; étant donné que, dans ces cas, l'hystérectomie abdominale totale d'emblée n'est pas aisée à pratiquer, impossible même, je préconise l'hystérectomie subtotale totalisée » (Rochard).

— Quand il y a défaut d'ascension de l'utérus, le col restant alors profond et les annexes étant bloquées et amarrées au fond du petit bassin, le fait se produit dans :

Les inflammations pelviennes telles que périmétrite, surtout postérieure, avec sclérose des ligaments utéro-sacrés, les inflammations du paramètre, et toutes les cellulites.

— Dans les rétroversions utérines fixées par des adhérences.

— Enfin, lorsque, « le ventre ouvert, on voit l'intestin et l'épiploon adhérer à la vessie, au fond de l'utérus, ces adhé-

rences libérées, l'appareil génital apparaît comme un bloc tapi dans le petit bassin, en connexion intime avec les parois pelviennes, le gros intestin. L'utérus est perdu dans un magma informe, les poches annexielles ne semblent plus avoir de parois propres, les plans de clivage deviennent des mythes, le chirurgien ne peut pas faire une hystérectomie totale d'emblée en toute sécurité, il fait d'abord une hystérectomie subtotale, celle-ci faite, il enlève le col, il totalise la subtotale, il draine par le vagin » (J. Dedet).

Il évite ainsi de léser les uretères et diminue l'hémorragie qui est plus abondante dans les hystérectomies totales d'emblée, employées dans les cas difficiles.

III. Les indications pour raison diagnostique.

Nous entendons par là les surprises du diagnostic.

Le chirurgien a fait une subtotale pour un cancer du col utérin, il a été induit en erreur par un tableau clinique semblant n'intéresser que le corps utérin, il ouvre ce corps utérin qu'il vient d'enlever par une subtotale et, devant l'étendue des lésions, il soupçonne une possibilité d'envahissement du col, tout au moins à son début, ce fait l'incite à totaliser son hystérectomie.

C'est le cas relaté d'ailleurs dans l'observation 11, où la biopsie ultérieure du col ne fit que confirmer les soupçons et montrer la logique de la totalisation.

Ou bien alors, une subtotale a été pratiquée, pour une raison autre qu'un cancer du col ou du corps utérin, pour un fibrome, un kyste de l'ovaire, par exemple, mais à sa section la tranche du col est suspecte, le col lui-même n'a pas bon aspect, ne s'agirait-il pas d'un cancer du col, cancer endo-cervical ou de l'isthme, passé inaperçu ? Le chirurgien, dans le doute, préfère tout enlever, il totalise son hystérectomie subtotale.

OBSERVATIONS

Observation I
(*Bodolec et Froget.*)

L... Léonie, 41 ans, couturière. Entrée le 17 octobre 1908. Opérée le 23 octobre. Décédée le 27 octobre.

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin avec salpingite double. Adhérences multiples et serrées dans toute la hauteur du douglas. Le rectum est ouvert au cours du dégagement, sur une étendu de 1 cm. 1/2. *On est obligé de faire une subtotale* que l'on totalise secondairement après avoir suturé la déchirure rectale. Drain et mèche vaginaux. Appendicectomie. Bronzes.

La relation opératoire porte l'obligation dans laquelle s'est trouvé l'opérateur de faire une subtotale d'abord, et de totaliser ensuite.

Observation II
(*Déhelly et Philippon.*)

J... Suzanne, 25 ans, journalière. Entrée le 14 juin 1909. Opérée le 2 juillet. Sortie le 29 juillet.

Double salpingite. Salpingite gauche suppurée. Salpingite droite scléreuse avec petit kyste de l'ovaire. Adhérences intestinales intimes, le rectum est particulièrement difficile à détacher. Hémisection de l'utérus. Ablation assez facile des trompes. *On enlève ensuite le col de l'utérus.* Surjet péritonéal. Surjet sur la tranche vaginale. Drain et mèche par le vagin.

Observation III
(Rochard et Stern.)

D... Emilie, 34 ans, artiste lyrique. Entrée le 19 octobre 1909. Opérée le 14 décembre. Sortie le 20 janvier.

Incision médiane, deux grosses masses latéro-utérines, surtout à droite, quelques petits kystes. L'utérus est saisi avec une pince de Museux. Décollement de la vessie. Décollation antérieure suivant le procédé du Dr de Martel, après libération très difficile du Douglas. A gauche la masse vient assez facilement, la poche n'est pas ouverte, malgré cela on aperçoit du pus. A droite, adhérence intime à la paroi ; l'annexe vient avec l'utérus, mais du pus sourd encore de la masse rétro-utérine. Celle-ci est enlevée en dernier lieu ; il faut la disséquer au bistouri pour la séparer du rectum auquel elle adhère très intimement. *Totalisation de l'hystérectomie.* Surjet sur les tranches vaginales. Drain vaginal et mèches garnissant le pelvis qui saigne un peu à cause des adhérences rompues. Suture du côlon iliaque au péritoine antérieur. Petit drain abdominal. Paroi en deux plans. Agrafes.

Observation IV
(Pakowski et Cotillon.)

P... Louise, cuisinière, 42 ans. Entrée le 22 décembre 1910. Opérée le 25 janvier. Sortie guérie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus adhérent, gros. Annexite double très adhérente à gauche, à l'anse sigmoïde. *Hystérectomie totale en deux temps.* Drain, mèche. Paroi en trois plans. Sur l'anse sigmoïde, au niveau des adhérences annexielles, on trouve un noyau induré annulaire, rétrécissant sensiblement le calibre de l'intestin. De plus, en ce point, le côlon est extrêmement adhérent au plan osseux.

Observation V
(*Pellot et Pizon.*)

L... Louise, ménagère, 38 ans. Entrée le 15 mars 1912. Opérée le 19 mars. Sortie le 8 avril.

Hystérectomie subtotale totalisée pour double salpingite et métrite suspecte du col.

Procédé américain de droite à gauche. Fortes adhérences à gauche.

Drainage vaginal. Appendicectomie.

Observation VI
(*Richard et Cassard.*)

L... Blanche, 20 ans, vendeuse. Entrée le 23 mai 1914. Opérée le 30 juin. Décédée le 1er juillet.

Hystérectomie totalisée pour salpingite double. Adhérences multiples. Après laparotomie, véritable gâteau occupant tout le petit bassin, libération d'adhérences épiploïques, puis intestinales (surjet sur le grêle, dont les adhérences saignent). On saisit le fond du corps utérin très friable. Impossibilité de décoller les annexes, dont les gauches sont rompues (pus verdâtre). Impossibilité de décoller l'utérus des adhérences postérieures. Hémisection, ablation de chacune des moitiés de l'utérus *près du col utérin.* Pincement des utérines, ablation difficile des annexes gauche, puis droite très malades. Ligature des utérines. Surjet vaginal. Drain, mèche vaginaux. Ligature des pédicules utéro-ovariens. Paroi en un plan, fil de bronze.

Observation VII
(*Chamorro.*)

B... Marie, 43 ans, ménagère. Entrée le 18 novembre 1916. Opérée le 22 novembre. Sortie le 17 septembre 1917.

Hystérectomie subtotale totalisée pour fibromes multiples

et salpingite gauche suppurée très adhérente. Col suspect. Poche kystique à droite, avec de nombreuses adhérences. Drain et mèche par le vagin. Bronzes. Agrafes.

Observation VIII
(*Chamorro.*)

P... Marie, 21 ans, domestique. Entrée le 8 mai 1917. Opérée le 24 mai.

La malade a toujours été bien réglée, et ne souffrait pas du ventre. Depuis son mariage, qui date de trois ans, elle a une leucorrhée abondante. Pas de grossesse, pas de fausse-couche. Le 25 avril, au cours de ses règles, la malade est prise de violentes douleurs. Ses règles sont abondantes et durent 6 jours anormalement. La malade continue son travail, en souffrant beaucoup, obligée de prendre des heures de repos dans le cours de la journée. Pertes blanches très abondantes. Douleurs dans le bas-ventre, les reins, irradiées à la cuisse droite. La malade entre le 8 mai. L'état général est satisfaisant. La température est de 38°8. Le premier jour, le toucher est douloureux et fait sentir des lésions diffuses, un empâtement et manque de souplesse des deux culs-de-sac. Vers le dixième jour, la fièvre a atteint progressivement 37°3, la malade se sent bien, et ne souffre plus, demande à partir. Le toucher permet de sentir une très grosse masse gauche bien individualisée, mais semblant très adhérente à la paroi pelvienne. On conseille l'intervention à la malade. On intervient le 24 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Pas d'adhérence épiploïque. Les annexes droites forment une masse assez volumineuse, de la grosseur d'une mandarine, non adhérente, à gauche: grosse masse très volumineuse, très adhérente. L'utérus est libre. Hystérectomie subtotale par procédé américain de droite à gauche. Le décollement de la poche gauche au doigt est très difficile; rupture de la poche, le pus inonde le petit bassin. On totalise par ablation du col par procédé de l'hémi-

section. Hémostase. La péritonisation est impossible. Deux mèches et un drain par le vagin. Paroi en un seul plan aux crins doubles.

Suites opératoires excellentes. La température ne dépasse pas 38°. Le drain et la mèche sont enlevés le cinquième jour.

Observation IX
(*Rochard.*)

R... Marie, 34 ans, artiste lyrique. Entrée le 1er mai 1917. Opérée le 3 mai. Cicatrisée et levée le 28 mai 1917.

Réglée à 16 ans, règles douloureuses et peu abondantes, pertes blanches très abondantes, a eu une grossesse à terme et une fausse-couche. N'a jamais eu de métrorragie. Depuis 6 mois environ la malade se plaignait de douleurs sourdes, de pesanteurs, de sensation de lassitude. Depuis cette époque, elle avait de l'anorexie et était sujette à des nausées. Bien réglée jusqu'au mois de février 1917, la malade n'a plus eu ses règles que le 7 avril ; on lui conseille l'intervention à ce moment. La malade refuse ; les douleurs et les pertes continuent avec la même intensité, lorsque soudain, le 22 avril, la malade est prise brusquement de violentes crises douloureuses dans le bas-ventre. On prescrivit des compresses chaudes laudanisées sur le ventre, mais les douleurs persistent ; la malade est conduite à l'hôpital le 1er mai. A son entrée, elle a une température atteignant le soir 38°. Elle présente des phénomènes douloureux tels, qu'on se décide à intervenir, le 3 mai 1917. Laparotomie sous-ombilicale. Grosse masse droite très adhérente à la paroi, impossible à décoller. Il faut dédoubler la poche, qui se rompt au cours des manœuvres, inondant le petit bassin de pus. La poche est extériorisée, mais le pédicule se déchire, s'arrache avec elle. L'utérus est normal. Les annexes gauches présentes une réaction inflammatoire. On fait une hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite, *puis on totalise*. L'hémostase est très diffi-

cile à droite, où le pédicule cède sous chaque pince. Lavage du petit bassin à l'éther ; deux mèches et un drain par le vagin. Bronzes et crins.

Suites opératoires. — Le premier jour, l'état général et local sont bons, le deuxième jour de même. Le troisième jour la malade a des phénomènes de péritonite : ballonnement du ventre, vomissements, faciès grippé, pouls petit et filant. Le drain est tombé. On retire la moitié de la mèche, il s'écoule alors un peu de liquide tenu en rétention. Le lendemain, amélioration notable. Le cinquième jour, la mèche est enlevée entièrement. Le dixième jour, la malade est hors de danger.

Cette observation est intéressante par ses suites opératoires immédiates : par décompression, par retrait de la mèche au troisième jour, mèche qui occasionnait une légère rétention de liquide septique, on a fait cesser les accidents qui paraissaient assez graves.

Observation X
(*De Cavarlho.*)

J... Lucie, 21 ans, sans profession. Entrée le 12 mai 1917. Anesthésiste : Mlle Mille.

Réglée à 12 ans. Règles normales, peu abondantes. Une seule grossesse : accouchement à terme. Jamais de fausse-couche. Depuis son accouchement, qui remonte à un an, pertes abondantes, jaune-verdâtres. Jamais de métrorragie. Les règles n'ont jamais été douloureuses. Il y a trois mois, première crise douloureuse. Début brusque, douleurs très vives, térébrantes. Durée de la crise : trois jours. Puis la douleur diminue et disparaît presque jusqu'à la seconde crise, pareille à la première, et qui survient quinze jours environ après celle-ci. Enfin, trois semaines environ avant son opération, c'est-à-dire vers le 8 mai, les douleurs ont repris très fortes et continuelles, obligeant la malade à se coucher. A son entrée à l'hôpital le 12 mai 1917, la malade ne présente pas de fièvre. On lui met cependant de la glace, qu'on lui enlève le lende-

main. On lui fait simplement deux injections vaginales par jour. Repos au lit. Toucher vaginal difficile. Malade grasse, vagin très profond. On sent cependant une grosse masse salpingienne à droite ; on ne sent pas les annexes gauches. L'utérus est peu mobile. Opération le 29 mai 1917. On lave le vagin. A l'ouverture du péritoine, on trouve un rideau épiploïque qui cache les organes du petit bassin, mais ne leur adhère pas. On le récline et on aperçoit une grosse masse salpingienne droite. Comme la malade pousse un peu, on a des difficultés pour placer les champs-barrières. Au cours de ces manœuvres, la poche se rompt et du pus épais s'écoule (3 cuillerées à soupe environ). On éponge soigneusement et on garnit bien. Exploration : utérus libre en avant. En arrière se trouvent les annexes gauches repliées et adhérentes au fond de l'utérus : grosse trompe moniliforme, petit ovaire.

Hystérectomie subtotale, procédé américain, gauche à droite. La poche droite crevée vient en entier. Totalisation facile. A gauche, deux petites artères vaginales saignent (incision vaginale un peu éloignée de l'insertion du col). Hémostase des pédicules, surjet hémostatique de la tranche vaginale postérieure. Péritonisation allant du pédicule utéro-ovarien droit au gauche, en passant par la tranche vaginale antérieure. Ether dans le ventre, deux mèches et un drain vaginaux. Paroi en un plan aux crins doubles.

Observation XI

(Inédite, recueillie dans le service de M. le Pr Guyot. Opérateur : Pr Loubat)

C... Jeanne, 56 ans, cultivatrice. Entrée le 21 septembre 1935. Salle 32.

Réglée à 12 ans. Constipation depuis l'âge de 27 ans. Depuis 5 mois présente des métrorragies avec douleurs dans le dos, puis douleurs et pertes s'arrêtent. A la palpation on sent

une masse dure, mobilisable, débordant le petit bassin à droite et en haut.

Au toucher vaginal : le col est rétrofléchi, très dur, avec une déchirure sur sa lèvre droite.

Au toucher et palper combiné : on sent une solidarité entre la masse abdominale et le col.

Intervention chirurgicale le 8 octobre 1935. Laparotomie médiane sus-ombilicale, on tombe sur un utérus flanqué de deux énormes hydrosalpinx adhérents et sur une tumeur de l'ovaire gauche.

Libération facile des annexes du côté droit.

Hystérectomie subtotale suivant le procédé américain de droite à gauche.

Le corps de l'utérus ouvert extemporanément montre une muqueuse d'aspect épithéliomateux. *Totalisation de l'hystérectomie,* mise en place d'une mèche vaginale, péritonisation avec sigmoïde, drain abdominal.

Suites opératoires : pouls rapide, température légère, tout rentre dans l'ordre. Ablation de la mèche le cinquième jour.

Guérison.

Examen de la pièce (corps utérin), Dr Nadal, 21 octobre 1935 :

« Il s'agit nettement d'un épithélioma cylindrique extrêmement envahissant. L'aspect végétant dendritique est très caractérisé; d'autre part on constate la pénétration de la tumeur dans la paroi utérine et jusque dans la région du col. »

Examen du col utérin (Dr Nadal), 7 octobre 1935 :

« Il existe des zônes de prolifération extrêmement actives, désordonnées, irrégulières, et qui font un contraste accentué avec les quelques glandes muqueuses typiques du col, qui restent conservées. Il s'agit vraisemblablement d'une zône épithéliomateuse cylindrique à son début.

Le chirurgien, qui avait commencé son opération avec l'intention de faire une subtotale, devant un examen de l'utérus qui se montre suspect et craignant un envahissement du col,

enlève celui-ci. La biopsie ultérieure du col confirma ses soupçons.

Observation XII

(Inédite, recueillie dans le service de M. le Pr Guyot. Opérateur : Dr J. Villar.)

C... Henriette, 57 ans, sans profession. Entrée le 14 juillet 1935, salle 32. Exeat guérie le 26 octobre 1935.

La malade à ses dires n'a jamais eu de ménopause, mais il semble que pendant ces dix dernières années ses règles aient été très irrégulières. Pas de douleurs. Elle présente quelques pertes pas fétides.

A l'examen de l'abdomen on perçoit une hernie inguinale droite partiellement réductible.

Au toucher vaginal : la lèvre postérieure du col paraît indurée surtout dans la profondeur et vers l'isthme.

Au point de vue des autres appareils : rien à signaler.

Intervention chirurgicale le 28 juillet 1935. Laparotomie médiane sous ombilicale. Tout de suite on découvre un très volumineux utérus, mollasse, fluctuant ; on se méfie d'une importante pyométrie au-dessus du col suspect de cancer. *On part pour une hystérectomie totale,* mais les utérines ayant été pincées et liées, au moment d'une traction sur le corps utérin (au niveau duquel on s'était bien gardé de placer une pince de Museux), la décapitation spontanée se fit au niveau de l'isthme nettement cancéreux, laissant s'écouler un pus infect. Protection soigneuse, ablation rapide du pyomètre.

Le col est nettement envahi par le cancer. *On totalise* l'hystérectomie très péniblement, le col friable se déchirant et saignant facilement. On a l'impression que l'exérèse n'est pas complète. On termine l'opération par la pose d'un drain vaginal et d'un Mickuliz à trois mèches.

Suites opératoires parfaites.

A sa sortie de l'hôpital la malade est transéatée chez M. le

Pr Réchou aux fins d'un traitement physiothérapique secondaire.

Biopsie du col (Pr Sabrazès). L'examen de la pièce montre la présence d'un épithélioma cylindrique, glanduliforme, végétant, ayant probablement pris naissance au niveau de l'isthme.

Le chirurgien en présence d'un utérus très mou et purulent qu'une traction a décapité s'est trouvé dans l'obligation absolue de faire d'abord une subtotale et d'enlever ensuite le col restant.

Observation XIII

(*Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Magendie.*)

C... Jeanne, 58 ans, sans profession. Entrée le 15 août 1936.

La malade est adressée par son médecin, parce qu'elle perd du sang depuis 6 mois, de façon irrégulière, parfois abondante, 18 mois après sa ménopause.

Il s'agit d'une femme ayant tendance à l'obésité, dont l'examen est rendu très difficile par son nervosisme, et l'absence de relachement de sa paroi.

La crainte d'un néoplasme justifiant cette manœuvre, elle est endormie à l'éther et on se rend compte alors qu'il existe un gros utérus bosselé, fixé dans le pelvis.

A l'occasion de ces manœuvre, du sang s'écoule de la cavité utérine, mêlé de petits débris charnus ; on pense à un fibrome associé à un néoplasme du corps.

Intervention le 19 août 1936. — Sous anesthésie générale à l'éther, on pratique une laparotomie médiane, et on aborde un foyer de périmétrite, avec kystes péritonitiques contenant un liquide verdâtre, au-dessous desquels, un pyosalpinx gauche est progressivement clivé.

Après libération des multiples adhérences, et assèchement du pus à l'aspirateur, on pratique une hystérectomie subtotale, mais la pièce est immédiatement ouverte pour vérifier s'il s'agit uniquement d'une métrite ou bien d'une métrite asso-

ciée à un néoplasme du corps, ce qui expliquerait les petits débris charnus recueillis au toucher vaginal.

A l'ouverture de l'utérus on constate que le fond est occupé par une masse molle, de coloration blanc-jaunâtre, hémorragique par place, implantée sur une base indurée qui fait corps avec la paroi utérine.

Cette masse friable est manifestement un néoplasme infecté, car le néoplasme est en voie de sphacèle et répand une odeur infecte.

Après avoir changé de gants, on pratique *la totalisation de l'hystérectomie,* en poursuivant ainsi un double but :

1° Etant donné le néoplasme du corps existant, donner une chance de plus de guérison à la malade en enlevant la totalité de l'utérus.

2° Etant donné l'infection périmétritique, réaliser par l'hystérectomie totale le meilleur drainage, c'est-à-dire par voie vaginale.

Les suites opératoires furent bonnes.

CONCLUSIONS

I. L'hysterectomie subtotale totalisée n'a pas la prétention de se substituer aux autres modes d'hystérectomie, elle est une méthode de recours, d'obligation, imposée par les nécessités du moment, que ce soient des nécessités d'ordre anatomo-pathologique, technique, diagnostique.

II. Elle a des suites opératoires le plus souvent normales, le pronostic en est bon dans la plupart des cas ; si parfois il est plus grave, cette gravité provient uniquement de ce qu'elle n'est employée que dans les cas difficiles, donc graves.

III. Dans les suppurations pelviennes intenses, où l'hystérectomie totale d'emblée est dangereuse (lésions possibles de l'uretère, hémorragies) elle permet, par ablation du col, le drainage au point déclive, c'est-à-dire vaginal et supprime aussi les mauvaises cicatrices et le point de moindre résistance abdominale que laisse le drain dans les drainages abdominaux.

IV. L'hystérectomie subtotale totalisée permet une meilleure visibilité quand un obstacle venu soit de l'utérus et de ses annexes, soit du petit bassin, gêne la vue du champ opératoire.

V. Deux méthodes, à l'heure actuelle, semblent devoir être préconisées, la méthode de Toupet et la méthode de Labey, Fayot et Guiheneuc.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 25 novembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bigeard. — *Traitement chirurgical du cancer utérin.*

Camescasse. — *Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus*, thèse Paris, 1893.

Chevrier. — « L'hémostase dans l'hystérectomie abdominale totale, l'hystérectomie subtotale en deux temps », *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1910, p. 88-100.

Couvelaire, **Lemierre**, **Lenormant**. — *Pratique médico-chirurgicale*, t. IV, p. 718-730.

Daniel (G.). — *Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes*, thèse de Paris, 1905.

Dedet (J.). — *Des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes (procédé de l'hystérectomie subtotale totalisée)*, thèse de Paris, 1917.

Delage (S.). — *L'hystérectomie abdominale dans le traitement des inflammations des annexes de l'utérus*, thèse de Paris, 1901.

Desmaret. — « L'hystérectomie subtoto-totale », *Journal de chirurgie*, avril 1927, p. 409.

Faure (J.-L.). — *L'hystérectomie, indications, technique*, Paris, 1906. — « Sur la technique de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles », *Journal des praticiens*, Paris, 1900.

Freund (W.-A.). — « Zur totalextirpation des uterus », *Zeitsch. f. geb. und. gyn.*, 1881, t. VI, p. 358.

Hesse (Ch.-G.). — « Mémoire pour servir à l'extirpation de l'utérus » *Revue médicale*, 1827, t. II, p. 67.

Jayle (F.). — « Technique de l'hystérectomie abdominale pour cancer », *Presse médicale*, n° 546, juillet 1904.

Labadie, **Lagrave**, **Legueu**. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, p. 947, 1904.

Lagey (G.), **Fayot** (R.), **Guiheneuc** (O.). — « Technique de l'hystérectomie abdominale subtotale totalisée », *Journal de chirurgie*, t. XXXIX, n° 5, mai 1932.

Legueu. — « Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations des annexes », *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1902.

Marion, **Toupet** (R.). — *Technique chirurgicale : urologie et gynécologie*, p. 422.

Mingasson. — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie totale*, thèse de Bordeaux, 1934.

Pozzi (S.). — *Leçons d'ouverture du cours de clinique gynécologique*, Paris, 1901, Naud.

Pozzi (S.) et **Jayle** (F.). — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, Masson, 1905.

Richelot (L.-G.). — *Chirurgie de l'utérus*, p. 291.

Rochard. — *Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle.*

Villar (J.). — « Technique de l'hystérectomie totale », *Journal de chirurgie de Bordeaux*, 1934.

Wiart. — « L'Hystérectomie abdominale totale pour fibrome ou salpingite ». *Journal de chirurgie*, juin 1929.

Bordeaux. — Imprimerie J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1936.